



TRANSIT ADA DISCRIMINATION COMPLAINT FORM

Please print this form, complete and sign prior to mailing.

I. Complaint information:

Name: _____

Home Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Telephone: _____ E-mail Address: _____

Is your American with Disabilities Act (ADA) complaint related to:

Sun Tran

Sun Van

Sun Link

Sun Shuttle

Sun Shuttle Dial-A-Ride

Sun Shuttle Dial-A-Ride (Oro Valley)

On Demand

II. Please describe how you were discriminated against:

Beginning with the most recent incident, please list events in reverse chronological order by date(s), (route & bus # if known) of occurrence. Be specific. Attach additional pages, if necessary.

III. Please include the date(s), (route & bus # if known) you were discriminated because of a disability:

IV. What would you consider an appropriate resolution to your complaint?

V. Have you filed the same/similar complaint with another agency? Yes No

If yes, please list which agencies: _____

VI. Oath of Affirmation:

I affirm that the information I have provided in this complaint and any attachments is true and accurate to the best of my knowledge.

Sign: _____ Date: _____

Please return the completed complaint form with documentation relating to this complaint:

Email: suntraninfo@tucsonaz.gov
(use ADA in subject line)

Phone: (520) 792-9222

Sun Tran
Customer Service
3920 N. Sun Tran Blvd.
Tucson, Arizona 85705



FORMULARIO: QUEJAS DE DISCRIMINACIÓN ADA DE TRÁNSITO

Por favor, imprima este formulario, complete y firme antes de enviarlo por correo.

I. Información del quejante:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Es su queja sobre la Ley de Americanos con Discapacidades (ADA) relativa a:

- Sun Tran
- Sun Van
- Sun Link
- Sun Shuttle
- Sun Shuttle Dial-A-Ride
- Sun Shuttle Dial-A-Ride (Oro Valley)
- On Demand

II. Describa cómo fue discriminado en relación con el tipo de queja:

Comenzando con el incidente más reciente, por favor indique los eventos en orden cronológico inverso por fecha(s), (ruta y autobús si se conoce) de ocurrencia. Se específico. Adjunte páginas adicionales, si es necesario.

III. Favor incluya la fecha(s), (ruta y #autobús si se conoce) en cual usted fue discriminado debido a una discapacidad:

IV. ¿Qué consideraría usted una resolución apropiada para su queja?

V. ¿Ha presentado esta queja igual/similar ante otra agencia? Sí No

Si así es el caso, favor de identificar cuáles son las agencias:

VI. Juramento de afirmación:

Afirmo que la información que he presentado en esta queja y sus anexos es verídica y exacta según mi entender.

Firma: _____ Fecha: _____

Favor de devolver el formulario completo con la documentación relacionado esta queja a:

Correo Electrónico: suntraninfo@tucsonaz.gov
(Use Discriminación ADA en la línea de asunto)

Teléfono: (520) 792-9222

Sun Tran
Customer Service
3920 N. Sun Tran Blvd.
Tucson, Arizona 85705